（様式１－２）

受験番号

**認定看護管理者教育課程入学願書**

（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

神奈川県立保健福祉大学長　様

神奈川県立保健福祉大学実践教育センターに入学したいので、関係書類を添えて申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | | （西暦）　　　　年　　月　　日生 | 写真貼付欄 |
| ・上半身脱帽正面向き  縦４㎝×横３㎝  （背景なし）  ・最近３か月以内に撮影  ・写真の裏に氏名を記入してのり付け |
| 現住所 | | 〒　　　　－    　　　　　　　　TEL　　　　(　　　　) |
| 日中の連絡先 | | TEL　　　　(　　　　) | 年　　月撮影 |
| メールアドレス | |  | |
| 出願時の勤務先 | ふりがな  法人名等 |  | |
| ふりがな  名　称 |  | |
| 所在地 | 〒　　　　　－    TEL　　　　(　　　　) | |
| 職　種 | □　看護師　　　□　保健師　　　□　助産師　　　□　その他（　　　　　　） | |
| 職　位 | 該当する職位（１つ）に✔をしてください | |
| □　施設長職　　　　□　副施設長職　　□　看護部長職  □　副看護部長職　　□　師長職　　　　□　副師長職  □　主任職　　　　　□　副主任職　　　□　なし　　□　その他（　　　　　） | |
| 出願する教育  課程（レベル） | | □　セカンドレベル　　□　サードレベル | |
| ホームページへの掲載 | | 合格発表の際、受験番号を実践教育センターホームページへ掲載することに  （どちらかに✔点）　□同意します。　　　□　同意しません。 | |

|  |
| --- |
| （受講動機・学びたいこと） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |